FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940 **THESE** N° 28

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

Tihamer **BANDZALA**

né le 5 janvier 1905 à Horne-Opatovce

Contribution à l'étude des facteurs adjuvants dans les psychoses réactionnelles

Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Médecine de Paris (Professeur M. Laignel-Lavastine).

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940 **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

Tihamer BANDZALA

né le 5 janvier 1905 à Horne-Opatovce

Contribution à l'étude des facteurs adjuvants dans les psychoses réactionnelles

Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Médecine de Paris (Professeur M. Laignel-Lavastine).

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR - VALLERY - RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance Médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD MULON. OLIVIER. SANNIE VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie
BOULANGER ...	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie. . . . .
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (ROGER).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale..
DEGREZ (H.) ...	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE .
BRULE .....
CATHALA .....
CHABROL .....
CHEVALLIER ..
DONZELOT ....
DUVOIR ..... Clinique médicale.
GASTINEL .....
HUGUENIN ....
LAROCHE (Guy)
LIAN .....
MOREAU .....
PIEDELIEVRE .
SEZARY .....

MM.
BASSET .....
BROCQ .....
CADENAT .....
GATELLIER ...
DE GAUDART D'ALLAINES Clinique chirurgicale.
LEVEUF .....
MOULONGUET .
MOURE .....
QUENU .....

MM.
ECALLE .....
METZGER ..... Clinique obstétricale.
PORTES .....
VIGNES .....

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEROUX-LEBARD .....Radiologie clinique.
RUPPE .....Stomatologie.
WEIL-HALLE .....Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune apurobation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE
ET DE MA MERE

A JANE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

Professeur Honoraire de Clinique
des Maladies Mentales et de l'Encéphalite
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

en très respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-VALENSI

Professeur d'Histoire de la Médecine
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphalite à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

en témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT MICOUD

Chef de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphalite de la Faculté

qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, qui nous a prodigué ses conseils et encouragé de son amitié.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIO ASUAD

Interne de la Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale de la Faculté

Nous sommes heureux de lui manifester notre gratitude et notre sympathie.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Paris

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été publiés sur les psychoses réactionnelles, c'est-à-dire sur les troubles qui surviennent à la suite des perturbations familiales ou sociales et des émotions qu'elles entraînent. La statistique des admissions à l'Hôpital Henri-Rousselle et à l'Asile Clinique Sainte-Anne, montre que le nombre des malades croît rapidement après les grandes perturbations sociales : grèves, bruits de guerre, mobilisation et déclaration de guerre.

Aussi cette expression de « psychoses réactionnelles » est-elle employée surtout lorsque l'état pathologique est survenu à la suite d'une grande perturbation sociale.

Cependant, quelque grand intérêt qu'il y ait, scientifiquement et socialement, à attirer l'attention sur l'importance du retentissement des faits nationaux sur la psychologie et la psychopathologie individuelle,

nous pensons, que nous pourrons peut-être apporter une modeste contribution à l'étude de ces troubles en étudiant les facteurs auxiliaires de ces psychoses. En effet, en biologie les causes sont rarement uniques. L'étude de tout ce qui comporte, dans le normal et dans le pathologique, cette qualité particulière qu'est « la vie », montre qu'il faut pour perturber profondément un phénomène biologique que s'ajoutent et convergent des conditions individuelles. On a pu ainsi montrer que dans les psychoses réactionnelles intervenaient soit les prédispositions individuelles, soit des affections organiques évolutives. Un dualisme doctrinal tend donc à se créer selon que l'on attachera davantage d'importance à la réaction émotive pure devant la perturbation sociale, ou au contraire que l'on réduira le rôle du facteur social pour augmenter celui de la prédisposition ou de l'affection organique.

Il nous semble pourtant que plutôt que de tirer cette réaction biologique globale qu'est une psychose dans une seule voie, il y a intérêt à classer et à situer dans leur perspective respective, à leur plan hiérarchique les différents facteurs que l'on peut individualiser parmi les causes d'une psychose réactionnelle. Cette méthode nous paraît présenter l'avantage de ne rien négliger de ce que nous percevons dans les diverses causes de la maladie mentale, de rester dans le domaine biologique de la vie réelle au lieu de nous astreindre à une théorie psychologique, et par là même de nous ouvrir, peut-être, des voies vers une thérapeutique utile, puisque si nous, médecins, nous ne pouvons rien sur les passions qui agitent les fou-

les, du moins pouvons-nous quelque chose dans la maladie d'un individu, lorsque nous percevons une causalité biologique modifiable.

Aussi croyons-nous utile de rapporter dans cette monographie et de commenter l'observation d'un seul malade, d'une part parce que chez lui les diverses causes de la maladie mentale sont électivement séparables et presque dosables dans leur interaction, d'autre part parce que nous avons pu utilement le soigner. Dans ce domaine de la Psychiatrie où le général et le particulier sont souvent intriqués au point qu'il devient impossible de leur assigner leur place respective, plutôt que de tirer des conclusions globales d'un grand nombre d'observations, dans lesquelles des facteurs individuels mais capitaux sont négligés, il y a souvent intérêt à choisir un cas crucial parmi une grande classe nosographique et à étudier ses composantes propres, qui permettront peut-être de poser hiérarchiquement les prémisses d'hypothèses d'ordre général. D'aller prudemment de ce qui est particulier aux lois des phénomènes biologiques généraux, nous paraît préférable à l'attitude inverse, et souvent adoptée, de grouper des cas plus ou moins semblables, pour en déduire, malgré des erreurs de base, des conclusions d'ensemble. C'est donc dans l'esprit d'une contribution limitée, mais dans le cadre d'une méthode générale inductive et progressive, que la présente monographie a été entreprise à la clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Médecine de Paris.

Chapitre II

OBSERVATION

Le malade est soldat de 2e classe, âgé de 27 ans. Métier : photographe.

Certificat d'internement le 15 septembre 1939 :

Est atteint d'un état d'allures mélancoliques. Inertie, mutisme complet. Attitudes catatoniques. Persévération des attitudes provoquées. Démence précoce possible en évolution. Cet état nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Signé : Docteur Dupouy.

Certificat immédiat le 16 septembre 1939 :

Syndromes d'apparence schizophrénique avec mutisme, inertie, refus d'aliments, opposition partielle, conservation passive des attitudes, météorisme abdominal léger, gâtisme, rétention urinaire partielle.

Signé : Docteur Micoud.

Le malade ne mange pas, et lorsqu'on lui présente les aliments détourne la tête. C'est le seul mouvement qu'il fasse. N'avale pas ce qu'on lui met dans la bouche, ne profère aucune parole. Attitude de stupeur inerte, aspect typhique. Conservation des attitudes passives. Pâleur, maigreur.

Alimenté à la sonde pendant 10 *jours.*

Signes neurologiques :

Réflexes tendineux normaux;

Réflexes cutanés normaux;

Réflexes oculaires normaux; Mydriase;

Le malade regarde à l'infini;

Insomnie, quoiqu'il n'y a pas d'agitation;

Cœur, poumons normaux;

Météorisme abdominal léger à droite;

Température : 37°8;

Urée : 0,65;

B.W. : 0;

Urines : albumine-sucre : 0; *tension artérielle :* 10/6 (*vaquez*).

Les jours suivants :

Mutisme, quelques paroles très rares inarticulées, incompréhensibles; refus des aliments; agitation nocturne.

Température : 37°8;

Regard : converge, regarde les personnes et ne regarde plus à l'infini;

Opposition aux mouvements passifs;

Ne conserve plus les attitudes.

Etat physique :

Langue très blanche;

Foie dépasse de deux travers de doigts les fausses côtes;

Stase cœcale : le colon transverse est abaissé et plein, angle gauche dur;

Le léger météorisme droit du début disparaît peu à peu;

La palpation du lobe inférieur du foie et de la fosse iliaque droite provoque une grimace et un clignement de l'œil droit;

Urée : 0,45.

Certificat au 15e jour le 29 septembre 1939 :

Confusion mentale avec anxiété, inertie et opposition, mutisme. Refus d'aliments à l'entrée. Température : 38°2. *Urémie :* 0,65.

Actuellement : *Démence, confus et inerte, mais moins opposant, s'alimente. Température, urée : normales. Amélioration de l'état général à maintenir.*

Signé : Docteur Micoud.

Le malade obéit aux ordres donnés dans le lit.

Température : 36°9;

Urée : 0,30.

État actuel le 20 octobre 1939 :

Amélioration de l'état général et de l'état psychique. Le malade est levé et travaille à l'administration de l'Hôpital. Il s'intéresse à son travail. Redevenu affectueux, réclame sa famille et demande sa sortie.

Au moment de notre examen, le regard du malade est inquiet, les gestes et la parole embarrassés. Il fait tourner, sans arrêt, son béret entre les mains qui sont moites. Il a un léger tremblement de la voix. Au vi-

sage, alternance de rougeur et de pâleur et une abondante transpiration perlée au niveau du front et la lèvre supérieure.

Epreuve de : *mémoire, de jugement, d'imagination : normales.*

Examen physique : *démarche, station debout : normales.*

Léger tremblement des lèvres et des doigts;
Pas de tremblement de la langue;
Pas d'amyotrophie;
Réflexes tendineux normaux;
Réflexes cutanés normaux;
Réflexes à la lumière normaux à D. et à G.;
Il n'y a pas de trouble de la sensibilité.

Examen négro-végétatif :

20 octobre, 11 heures.

Bradycardie	56
R. O. C.	56-54
R. S.	56-56

Pouls :

Clino	56
Ortho	68
T. A.	10-6

21 octobre, 11 heures.

Bradycardie	58
R. O. C.	58-54
R. S.	56-56

Pouls :

Clino. 58

Ortho. 73

T. A. 10-6

Réflexes pilo-moteurs aux manœuvres de A. Thomas retardée et apparaissant 7 à 10" après l'excitation, sont faibles, mais exagérément persistants.

Les réactions vaso-motrices sont accentuées au visage. Le plus souvent, c'est une vaso-constriction avec pâleur et peau froide. Il y a de l'aniso-thermie : visage froid, mains chaudes ou le contraire.

Les larmes coulent facilement, à la plus légère émotion.

Examen viscéraux :

Poumons normaux;

Cœur : bradycardie : 50-58; *bruits normaux; T. A.:* 10-6;

Température : 36°9;

Abdomen : le foie est redevenu normal;

Voies digestives : langue normale; selles journalières normales;

Reins normaux;

Urines : albumine, sucre : 0;

Urémie : 0,30.

Antécédents physiques : *prématuré à 8 mois, jumeau.*

Antécédents personnels : « *Entérite* » *à l'âge de 3 ans jusqu'à 13 ans, crises convulsives à l'âge de 4 ans, au nombre de 3/4, sans perte de connaissance (aucune précision).*

Ictère : à 7 ans;
Coqueluche, rougeole, varicelle.

Antécédents héréditaires : *mère morte tuberculeuse à 52 ans.*

Antécédents psychiques (d'après son père) : *A l'école jusqu'à 13 ans, n'a pas de certificat d'études.*

Enfant : il était craintif, peureux.

Adolescent : il était très affectueux, il sautait au cou de son père sans motif. Avait peu de camarades, mais il aimait sortir avec eux. Ne partageait pas les jeux brutaux. N'aimait pas les sorties collectives. Préférait sortir avec deux ou trois amis, en qui il avait la plus grande confiance. Pleurait facilement, à la moindre contrainte. Timide à l'excès, n'a jamais fréquenté de femmes.

Il s'est marié à 24 ans, par amour. Il a connu sa femme, comme tous les jeunes gens, « au bal ». Il aime beaucoup sa femme, ainsi que son fils âgé d'un an.

Sa vie familiale a été farcie d'incidents, de discussions, de malentendus. A plusieurs reprises, il aurait frappé sa femme, mais il nous affirme que ces scènes se présentent par crises, quand il est fatigué, préoccupé par une idée obsédante et la présence, les réflexions de sa femme l'énervent.

Sa vie sexuelle est ralentie, mais il a des périodes de frigidité complète. L'émotivité l'a gêné, au début, dans l'accomplissement de l'acte, mais maintenant il ne subit plus d'inhibition.

Le malade nous raconte que, depuis son enfance

tout l'émeut, un rien le fait trembler, les événements banaux retentissent sur lui, de façon extraordinaire.

« Je suis comme ça, depuis que je me connais; étant jeune, ma sœur jumelle était obligée de me protéger, de me guider, de me défendre. »

Il voit des ennuis dans les faits qui sortent de la routine journalière, et les ennuis réels sont exagérés. Une émotion minime provoque chez lui des réactions disproportionnées.

« A ces moments-là, mon visage brûle, mes mains et mes pieds transpirent abondamment. Je pleure avec facilité et me sens très gêné par les battements de cœur et des crampes intestinales. »

Il pense beaucoup, dit-il, mais quand il est en présence de situations nouvelles, l'intuition et l'impulsion remplacent l'activité logique et la réflexion.

« Il va m'arriver un pépin, j'en suis sûr, quand mon père partira et que je serai obligé de diriger l'usine tout seul. »

Il ne tient pas compte de son expérience dans le métier.

Il va lui arriver « un pépin » et « cette idée fixe reste là-dedans », dit-il, « sans vouloir s'en aller ».

« Je deviens incapable de penser à autre chose, l'angoisse me prend à la gorge, et je ne peux plus dormir. »

Depuis sa puberté, il a le sentiment de la diminution de sa valeur. Il n'est pas comme tout le monde, il est moins bien que les autres. Continuellement, il se pose la question : « Ai-je bien fait? » « Me suis-je conduit avec mon père comme je le devais? »

Mais l'obsession prend une allure plus grave, quand il est question du travail qu'il doit exécuter. « Le ferai-je comme il faut? » « Serai-je capable de faire ça tout seul? » Là où son père réussit très bien, il ne pourra pas réussir.

Souvent, il arrive à contrôler ses réactions et à se prouver à lui-même qu'il s'est trompé. Mais les obsessions d'infériorité reviennent au moment où il doit exécuter un acte nouveau.

Il lui arrive très souvent de recommencer le même travail, 5-10 fois, sans jamais être satisfait. Il reste toujours quelque chose à faire.

Il a le sentiment d'incomplétude qui est à l'origine de la plupart de ses conflits sociaux.

Les nuits d'insomnie et de dépression, il se demande si le lendemain il sera encore vivant, s'il ne lui arrivera pas un malheur au cours de la nuit.

La peur de rougir devant les autres, de paraître ridicule et guindé ont entravé continuellement sa vie de relations. Il a peur d'attirer sur lui l'attention de ceux qui l'entourent et de ses supérieurs à la caserne, et quand il est obligé de se présenter devant eux, il cherche sur leur visage le sourire moqueur et redoute la plaisanterie.

Il doute de ses capacités, et même de ses possibilités dans le métier, malgré l'opinion de son père qui est son patron, et qui le considère comme très capable.

A l'occasion d'un surmenage ou d'une contrariété, il a l'impression que tout ce qu'il entreprend reste inconclu.

Les actes sont inachevés, même sa pensée ne peut

être exprimée jusqu'au bout. Alors, il répète l'acte plusieurs fois, mais il n'y parvient pas. Ses troubles lui ont valu des désagréments nombreux et à l'atelier de son père, et au cours de son service militaire.

Pour prendre une décision, il est forcé de consulter plusieurs personnes. Voulant avoir un enfant, avant de se décider, il hésite longtemps, finalement il réunit un véritable conseil de famille, pour en avoir l'autorisation.

Le malade passe une partie de son temps à s'interroger, à s'analyser consciencieusement : « Je me demande si, dans une conversation avec mon père, je me suis bien fait comprendre, si je n'ai pas laissé le robinet ouvert à l'atelier. » Si M. X... n'a pas voulu lui manifester les défauts d'un travail, pour ne pas lui faire de la peine.

Le malade a conscience parfaite de ses troubles. Il en souffre, mais reconnaît lui-même que si bien ils le gênent, cela n'empêche pas son activité utile.

Mais il en est autrement pour d'autres troubles que nous passerons brièvement en revue.

Souvent, il a l'impression que sa tête se vide. Il y a d'abord une ou deux pensées obsédantes qui « tournent en rond là-dedans », selon son expression, puis après « c'est le vide, le néant ». Il ne peut plus parler, car il n'a rien à exprimer. Cet état aurait duré, quelquefois, d'une semaine à dix jours. Il est là, comme hébété.

Un sentiment de constriction générale, un serrement gastrique, pharyngien, de barre ophtalmique avec migraine occipito-frontale, de boule qui monte

de l'estomac et qui l'étouffe, le rend très anxieux. A ces moments, « il voit tout noir ». Le lendemain, l'avenir lui fait peur, il lutte contre cet état de choses, veut s'en débarrasser, cherche à agir, mais la tristesse s'empare de lui facilement, et il tombe dans l'inaction.

Au cours de son service militaire, en 1933, *il a été envoyé au Service Géographique de l'Armée, où il y avait surcharge de travail. Surmenage. Le doute, l'hésitation, le sentiment d'incomplétude le tourmentent. Il refait plusieurs fois un travail, d'où perte de temps et de matériel (papier). Avertissement de son capitaine qu'il prend très mal. Réaction émotive disproportionnée avec pleurs, tristesse.*

Le soir, il avait la permission de 10 *heures, mais comme d'habitude il rentre une demi-heure plus tôt, mais il oublie de se faire marquer présent; quatre jours de consigne. A partir de ce moment, il se croit condamné aux malheurs. Son entourage cherche à le distraire, mais en vain.*

« Des idées terribles me tenaient et ne me lâchaient pas. »

« Il va arriver un malheur à mon père, par ma faute. »

« Je suis la cause de tous ses ennuis. »

« Demain, serai-je encore vivant, est-ce qu'il va m'arriver un malheur cette nuit? »

« Je me voyais mort ou puni. »

« Je voulais me tuer avec toutes mes souffrances. »

Le major du Val-de-Grâce a été appelé par son père qui a ordonné son hospitalisation à l'hôpital

(Val-de-Grâce). Après trois mois de convalescence, l'état psychique s'est amélioré, il est sorti, a fini son service militaire, sans incident, a repris son travail, s'est marié à 24 ans, et rien de spécial jusqu'à la mobilisation, si ce n'est l'état de gêne psychologique qui s'est installé progressivement dans son ménage.

« Les bruits de guerre, avant la mobilisation, m'ont mis dans un état de nervosité. Le 2e jour de la mobilisation, je fus rappelé, j'étais très inquiet quant à mon affectation. Je me demandais, à chaque instant, ce que l'on allait faire de moi. J'avais peur de ne pas être en règle, d'être la cause possible d'ennuis pour une famille. »

Pourtant, à l'infirmerie, il a déclaré qu'il n'avait rien.

Le 7 septembre, il est parti dans le service géographique. De là, il fut affecté à l'atelier de son père, qui est réquisitionné. Il est rentré à 11 heures du matin et s'est mis de suite au travail. A travaillé pendant deux jours avec joie.

A partir du 2e jour, il prend tout à cœur. Les coups de téléphone l'énervaient. Le travail écrasant le fatigue.

L'anxiété n'a pas tardé à se manifester : les doutes, les hésitations, l'inquiétude se font de plus en plus intenses. La répétition des actes accentue sa fatigue.

Le major lui conseille quatre jours de repos.

« Mais consciencieux comme je suis, il m'était impossible de me reposer, au moment où mon père travaillait comme un nègre. »

Il est pris de remords et reprend son travail immédiatement.

Dans la rue, il avait l'impression que les gens le regardaient et le montraient du doigt, que tous les yeux se retournaient vers lui, d'une façon bizarre, que tout le monde trouvait extraordinaire qu'il restât à l'atelier de son père, alors que d'autres étaient partis rejoindre leur régiment.

Le mot « planqué » lui semblait sortir de toutes les bouches.

Il consulte son père, le major, en parle à sa famille. Tout le monde le rassure, on lui démontre que sa présence est indispensable à l'atelier. On lui dit de ne pas s'écouter, de réagir, mais il ne le peut pas.

Obligé de prendre un repos, au 2e jour, il sort avec un camarade, mais la pensée obsédante « je ne suis pas en règle » et la crainte de quelque chose d'indéfinissable, mais terrible, qui devrait lui arriver, l'empêchent de se distraire. Il rentre à l'atelier, là il est pris d'angoisse, on lui demande : « Tu as fait un petit rou? » Il s'est trouvé honteux d'avoir été quatre jours exempt de service, et qu'il n'ait rien fait pendant que les autres travaillent. Il s'est débattu, a marché de long en large, a pleuré.

L'idée d'être fautif ne le quitte plus. Subitement, il s'est précipité dans la chambre et se cogne la tête avec violence. Son père l'ayant entendu est venu dans la chambre. Sa présence l'a rassuré un peu.

Le lendemain, le malade a été conduit au Val-de-Grâce. Le surlendemain, il est devenu muet, stupureux, inerte.

Le 15 septembre, il a été envoyé à l'Hôpital H.-Rousselle, où on a rédigé le certificat d'entrée que nous avons consigné plus haut.

Aujourd'hui, il nous dit qu'à l'hôpital il souffrait de ne pouvoir dormir. Il nous affirme qu'à ce moment-là il était très anxieux de son sort et de celui de sa famille. Il se rendait ocmpte de ce qui se passait autour de lui.

Il voyait les malades dans les salles. Sait très bien que les médecins sont venus lui parler. Sait qu'on lui a posé des questions.

« Mais je ne trouvais pas les mots pour répondre; je ne peux pas dire ce qui se passait autour de moi. C'était quelque chose de bizarre, d'indéfinissable. J'étais hébété. »

Chapitre III

EXAMEN CRITIQUE DE L'OBSERVATION

Le facteur réactionnel apparaît au premier chef : c'est à la suite de la mobilisation générale, c'est après avoir énoncé le sentiment d'inquiétude qu'il éprouvait quant aux conditions dans lesquelles il était personnellement mobilisé que ce jeune soldat a présenté des troubles mentaux. Sans doute les familles rattachent-elles toujours à un traumatisme extérieur les troubles mentaux de leurs malades et dans les affections les plus manifestement organiques font-elles toujours intervenir l'émotion, le chagrin, la déception, créés par des circonstances fortuites. Mais ici nous constatons que la suite chronologique des faits établit le facteur réactionnel de la mobilisation. Pendant plusieurs jours d'ailleurs le malade a exprimé ce thème de sa crainte anxieuse, d'être mobilisé dans une situation privilégiée et abritée qui ne lui permettrait pas d'accomplir correctement son devoir; son

anxiété a été progressive, son agitation intérieure manifeste, il se montrait moins anxieux pour un temps très court lorsque son père parvenait à lui expliquer que sa situation n'était pas infamante.

Ainsi l'ordre des faits, les dires du malade montrent le rôle indiscutable de la mobilisation.

D'autre part, dans les antécédents du malade, nous retrouvons un autre état anxieux réactionnel au cours de sa vie militaire. Craintif devant la discipline, il a manifesté durant son service militaire ordinaire un épisode anxieux qui nécessita son renvoi dans ses foyers. Ce malade, non seulement présente un état réactionnel actuel, mais en a déjà présenté un antérieurement.

Cependant, en même temps que s'installait son anxiété et ses idées d'indignité, ce jeune homme présentait des troubles physiques que nous avons constatés à leur période d'état après son entrée à l'hôpital. Si les précisions manquent sur ses troubles intestinaux avant le mois de septembre, il est probable qu'ils ont existé et que le syndrome abdominal que nous constatons a été d'installation progressive. Nous avons cependant la notion d'une constipation ancienne avec des périodes de relâchement. Ce qui est certain, c'est ce que nous avons consigné dans l'observation, c'est qu'en même temps que ce sujet était stuporeux et inerte, il avait un gros foie, une stase colique surtout droite et même une réaction de sa région appendiculaire droite avec météorisme. Or le parallélisme d'évolution des troubles physiques et des troubles mentaux a été très net : au fur et à mesure que le syn-

drome de rétention intestinale avec gros foie s'est amélioré, l'état mental s'est également amélioré. Le sujet a commencé de parler, d'exprimer son anxiété, puis il s'est mis à manger et a pris une attitude normale lorsque ses fonctions sont redevenues normales. C'est d'ailleurs sur son état intestinal qu'a porté essentiellement le traitement : lavements purgatifs après administration d'antispasmodiques, drainage biliaire par le sulfate de magnésie et les peptones, injection sous-cutanée d'extrait perhépatique à assez forte dose.

L'hyperurémie du début, traitée par des injections de sérum salé a rapidement régressé. Elle avait laissé redouter une évolution vers une encéphalite aiguë azotémique. Mais sans doute s'agissait-il, non pas d'une urémie traduisant une neuronophagie et une désintégration rapide des centres nerveux, mais au contraire d'une azotémie consécutive au refus d'aliments de ce malade, aux troubles de la nutrition et à l'insuffisance de fonctionnement de ses émonotoires. C'est à ces troubles que doit être rattachée la température durant les jours qui ont suivi l'entrée à l'hôpital.

Somme toute, si ce malade au lieu d'être envoyé par l'autorité militaire et d'être accompagné par sa famille, qui nous ont fourni des renseignements précieux, avait été recueilli par des agents sur la voie publique, ce qui en raison de la gravité de son état eut été possible, nous aurions pu porter le diagnostic suivant :

Confusion mentale avec torpeur profonde chez un

individu présentant un gros foie, une stase intestinale avec léger météorisme, un état fébrile et une urémie à 0 gr. 65.

Nous aurions fatalement attribué son état mental à son état physique uniquement, et nous aurions continué de le faire par la suite, puisque les deux syndromes ont évolué avec un parallélisme parfait.

Quels diagnostics avons-nous dû, en l'absence de tout renseignement sur les antécédents, discuter à l'entrée?

D'abord en raison du syndrome stupeur profonde, de l'urémie et de la fièvre légère, le diagnostic d'encéphalite psychosique aiguë asotémique. Mais d'une part ce malade n'avait aucun signe neurologique d'une atteinte centrale, d'autre part et surtout le syndrome intestinal de rétention avec gros foie ne fait pas normalement partie du tableau clinique de l'encéphalite psychosigue aiguë azotémique. Néanmoins ce diagnostic est durant quelques jours demeuré en suspens, puisqu'il arrive que l'encéphalite aiguë azotémique ne s'installe qu'assez progressivement dans les jours qui suivent l'éclosion du syndrome mental. La diminution du taux de l'urée sanguine a écarté rapidement ce diagnostic. Nous demeurions alors en présence d'un état subaigu avec gros foie et fièvre, rappelant d'assez près le tableau clinique de l'alcoolisme subaigu.

Un autre diagnostic qui s'imposait, et quant auquel les renseignements sur l'installation des troubles d'une part, l'évolution ultérieure surtout pouvaient trancher, c'est celui de schizophrénie. En effet,

ce malade était inerte, pâle, ne proférant pas une seule parole, totalement indifférent en apparence puisqu'il ne manifestait rigoureusement rien. S'il ne présentait pas une catatonie typique, il conservait durant un temps très court assez bien les attitudes passives. Avec des renseignements insuffisamment fouillés, on pouvait s'en tenir à la notion d'une désadaptation partielle très ancienne. C'est pourquoi le médecin qui a fait le certificat immédiat n'a pas pu trancher le diagnostic pour ce malade inerte, neutre, dont rien ne traduisait à ce moment-là l'anxiété intérieure. Aussi a-t-il dû faire un certificat d'expectative en concluant : « A observer », tout en notant l'état physique qui se rapprochait davantage d'un syndrome subaigu que d'une schizophrénie d'évolution progressive.

Les jours suivants, lorsque l'examen physique a pu être complété, lorsque le malade a proféré quelques paroles traduisant son anxiété et même sa terreur, le diagnostic de schizophrénie s'est trouvé d'un coup rejeté. Mais le médecin qui a fait le certificat d'internement, sans renseignements suffisants, a été obligé de conclure rapidement à ce qu'il croyait, et, à ce moment-là, la stupeur était si profonde, le typhos si intense, l'inertie si absolue, l'inactivité intellectuelle si aisément croyable, qu'il a interné le malade avec le diagnostic de schizophrénie. Il est évident que seules la notion d'évolution et une observation prolongée pouvaient rectifier cette erreur.

Un autre diagnostic à discuter encore, non pas immédiatement à l'entrée, mais lorsque le malade

s'est montré anxieux, agité, insomniaque, c'est le diagnostic d'alcoolisme subaigu. En effet ce malade avait un gros foie douloureux, et s'il y avait une stase suffisante à expliquer ce gros foie, il arrive qu'un alcoolique véritable présente lui aussi de la stase. En tout cas on pouvait discuter la notion d'un appoint éthylique, et les appoints éthyliques n'ont pas fait défaut dans les troubles mentaux qui ont suivi la mobilisation, chez les jeunes soldats. Mais ce que nous savons du passé de ce mala scrupuleux, rangé, taciturne, confiné dans sa famille, élimine ce diagnostic secondaire.

D'autres diagnostics comme ramollissement ou hémorragie cérébrale, paralysie générale à forme confuso-stuporeuse, tumeur cérébrale, méningite subaiguë, encéphalite periaxile de Rémon-Schilder, Foix, s'éliminaient rapidement par l'absence de signes neurologiques de cet ordre.

Mais s'il existe un premier plan d'ordre réactionnel, un second plan composé par les troubles physiques subaigus, il existe en outre un troisième plan constitué par les antécédents psychologiques du malade.

Ce sujet a de toute date été un timide, un scrupuleux, un petit anxieux. Rituel dans ses habitudes, standarisé dans l'organisation de sa vie, redoutant toute perturbation extérieure, travaillant comme artisan selon une routine établie de toute date, il n'a jamais quitté le sein de sa famille. Même marié il n'a pas fait cet acte d'indépendance, il ne s'est pas montré un chef de famille, mais a inféodé et subor-

donné son ménage à celui de ses parents. C'est en raison à la fois de sa docilité, de son absence de décision, de ses scrupules, de ses craintes anxieuses devant l'avenir et devant toute responsabilité qu'il a réuni un véritable conseil de famille pour demander s'il devait avoir un enfant. D'ailleurs ce mariage sans indépendance allait mal. On conçoit aisément que sa jeune femme ait éprouvé un malaise permanent au contact d'un mari indécis, qui éprouvait le besoin de consulter ses parents sur les choses les plus personnelles et les plus menues, qui manquait de hardiesse et d'allant, qui n'avait au moment de son mariage aucune expérience des femmes, indécis dans tous ses gestes, inquiet dans tous ses actes, et incapable de la moindre indépendance et de la moindre initiative personnelle moralement, socialement et matériellement. De cet état de chose il résultait pour le malade un désenchantement pénible qui augmentait son anxiété, sa timidité, ses hésitations. Nous nous trouvons devant le tableau classique de l'obsédé, et plus particulièrement de l'obsédé jeune, qui, timide devant les femmes, sexuellement inexpérimenté, se marie d'enthousiasme et trop vite, et se trouvé plongé ensuite dans une atmosphère pénible d'incompréhension psychologique, de maladresse sexuelle, alors que le sentiment de son infériorité pragmatique croît anxieusement à l'expérience pénible de son inaptitude maritale. Pour celui-ci, comme cela arrive généralement pour le grand psychasténique qui se marie très jeune, le mariage a grandement aggravé son état mental.

On peut donc dire qu'un observateur, par exemple le psychiatre que ce malade aurait pu, il y a quelques mois, aller consulter sur sa situation psychologique familiale, aurait prédit avec justesse que ce malade arriverait un jour, fatalement, à présenter un épisode de grande anxiété, voire de mélancolie, parce que c'était l'aboutissement inévitable de son déséquilibre intérieur, conjugal, familial et social. N'oublions pas d'ailleurs son émotivité constitutionnelle, dont nous trouvons la marque physiologique dans son déséquilibre vago-sympathique, son pouls rapide, et rapidement ascendant, soit au cours de l'émotion d'un examen médical, soit à la recherche du réflexe oculo-cardiaque, ses réactions pilomotrice et vasomotrice retardées et exagérément persistantes.

Ainsi, tout bien examiné chez ce malade, nous trouvons des éléments pathologiques de trois plans différents dont chacun était capable plus ou moins de le conduire à l'état pathologique dans lequel nous le trouvons.

*
**

Quelle est donc la perspective et la hiérarchie de ces trois plans dans leur causalité convergente?

D'abord sa constitution psychologique. Elle l'exposait électivement à une catastrophe morale. Il avait déjà subi une secousse morale importante au cours de son service militaire. Il est certain qu'un jour ou l'autre, à l'occasion d'un facteur de déclanchement fortuit, ce malade ferait une crise anxieuse, un épisode dépressif, peut-être une tentative de suicide. Ce

facteur de déclanchement a eu lieu, ce fut la mobilisation et la guerre.

Mais ce que nous constatons, ce n'est pas un état d'anxiété discursive, de dépression avec un thème de propos mélancoliques. C'est beaucoup plus que cela : un état d'inertie stuporeuse. On voit donc que la forme clinique véritable n'a été provoquée ni par la constitution du malade, ni par l'émotion-choc, mais bien par l'état d'auto-intoxication intestinale. Et, en effet :

l'émotion, même violente, ne provoque pas à elle seule un état de stupeur profonde et persistante;

la constitution psychasthénique et émotive ne provoque pas à elle seule un état de stupeur profonde et persistante.

Mais, en revanche, une auto-intoxication est capable, à elle seule, de provoquer cet état.

Sans doute la stase colique ne conduit pas toujours le malade à la confusion mentale stuporeuse, mais dans les formes où elle est très accentuée il arrive qu'elle le fasse, et beaucoup de confusions mentales montrent clairement que les malades qui en sont atteints sont des auto-intoxiqués, avec une importante insuffisance hépatique fonctionnelle. Dans le cas présent l'intoxication intestinale a évolué sur un terrain particulièrement réceptif au point de vue psychique, et a agi sans doute plus précocement et plus profondément.

La perspective d'ensemble s'établit donc ainsi :

1° Un facteur de prédisposition individuelle, psychasténique et émotif;

2° Un facteur de causalité efficiente et occasionnelle : la mobilisation;

3° Un facteur de causalité qui eut pu être première, et qui est prédominante : la stase colique et l'auto-intoxication.

Chapitre IV

DISCUSSION NOSOLOGIQUE

D'établir quel rôle il faut assigner aux perturbations sociales dans la genèse des troubles mentaux a été une préoccupation très ancienne des aliénistes. Les opinions ont souvent varié et si nous découvrons que, par exemple, *Pinel* s'est montré résolument psychogénétiste, nous constatons que la plupart des auteurs ont conclu que la catastrophe sociale avait seulement un rôle de déclenchement et favorisait à une date déterminée l'éclosion d'une psychose en puissance chez un sujet prédisposé, et tel que tôt ou tard il aurait présenté, par nature, un accident psychopathique.

C'est ce que disaient *Esquirol, Brière de Boismont, Legrand du Saulle, Griesinger, Falret père,* ainsi que le rappelle *Mme Iménitoff-Ourisson* dans une thèse de 1917 qui comporte l'exposé historique de la question des psychoses réactionnelles et une bibliographie

qui semble avoir été négligée par bien des auteurs de travaux plus récents. Cette constatation faite après la révolution de 1848, et la guerre de 1870, a été renouvelée après la guerre de 1914 et après la mobilisation partielle de septembre 1938.

En 1917, *M. Laignel-Lavastine* présentait, entre autres, à la Société Médico-Psychologique, un malade atteint d'un syndrome émotionnel, et concluait que cet état avait été révélé par la guerre chez un psychasténique « en herbe », prédisposé, qui avait en outre une tuberculose pulmonaire et un état vagotonique.

Cette notion de la prédisposition mentale lui paraît si certaine que le même auteur, publiant l'observation d'un soldat qui, en 1915, après quelques mois de guerre, tombait dans un état psychasténique, fait toutes ses réserves sur la prédisposition de ce sujet quoique aucune marque psychopatique n'ait été décelable dans ses antécédents.

Dans un très beau travail sur la Peur aux Armées, *M. Brousseau,* après avoir étudié minutieusement les diverses causes psychologiques de la peur chez le sujet normal, décrit de nombreuses observations où la tendance morbide constitutionnelle est nettement perceptible dans l'élaboration des réactions pathologiques. C'est ce qu'il a appelé « Les peurs pathologiques constitutionnelles ». Elles se développent chez des sujets qui ont présenté déjà, et souvent dans l'enfance, des anomalies mentales et des troubles manifestes de l'émotivité. C'est un épisode morbide, évoluant sur un terrain morbide, qui, par son intensité,

sa durée ou sa récidive, est en manifeste disproportion avec sa cause apparente.

Cette notion d'un terrain spécial, de la prédisposition du sujet, d'un état congénital d'hyperémotivité pathologique, déjà proposée par *Régis,* par *Dupré,* est admise par *M. Pierre Janet,* et par *M. Georges Dumas.*

C'est l'opinion de *M. Henri Claude :* « Les psychoses réactionnelles exigent une prédisposition héréditaire ou individuelle spéciale, un état constitutionnel de réceptivité morbide, dans lequel une sommation d'antécédents pathologiques joue souvent un rôle. Le fond est toujours d'hyperémotivité constitutionnelle et ce sont les faits extérieurs qui déclenchent occasionnellement et colorent le délire. » *M. Claude* insiste en outre sur les facteurs auxiliaires de déficience physique, de surmenage et d'intoxication.

M. Lévy-Valensi s'exprime formellement dans le même sens :

« Il n'existe pas de psychoses réactionnelles à proprement parler et purement réactionnelle. L'actualité a une double action sur les psychoses : elle peut les créer, ou mieux les révéler; plus souvent elle les illustre, les colore. » Selon cet auteur, la prédisposition est constante, et la psychose se met « à la mode du jour ». Les psychoses réactionnelles « sont des manifestations psychopathiques quelconques déclenchées par le choc moral, mais évoluant indépendamment des circonstances de ce choc ». Dans son article du *Concours Médical* du 3 janvier 1937, *M. Lévy-Valensi* étudie les psychoses réactionnelles en fonction

des constitutions selon *Kretschmer* et en adoptant la classification de *Lagache* selon la part de la conscience. Il sépare les formes « sans conscience complète ou primitive », torpeur, confusion mentale, onirisme, des formes « avec conscience ou avec réaction de la personnalité », formes sthéniques-hypomaniaques, asthéniques-cyclothymiques, expansives-paranoïaques, sensitives-scrupuleuses, et formes de compensation (cf. *Krietscher*, réactions de circuit).

Dans tous les cas, pour *M. Lévy-Valensi :* le thème est occasionnel, c'est la constitution et la prédisposition délirante du malade qui sont à la base.

C'est également l'opinion de *M. Genil-Perrin :* « un état pathologique ne reconnaît jamais une cause exclusive; il y a toujours à considérer l'agent pathogène et le terrain. »

Pour *M. Vie,* il existe dans les psychoses réactionnelles un déséquilibre demeuré latent jusqu'à ce qu'il soit révélé par des circonstances sociales difficiles.

Si nous ne suivons pas *M. Urechia* dans sa conception psychogénétiste et psychanalytique des psychoses réactionnelles où il fait jouer un rôle à cet « inconscient » qui demeure pour nous inaccessible; notons cependant qu'il intègre les symptômes des psychoses réactionnelles dans les manifestations psychopathiques courantes, telles que manie, mélancolie, stupeur et anxiété. Mais surtout remarquons dans le travail de *M. Urechia* le rôle qu'il assigne à l'hérédité, à la constitution, aux troubles endocriniens et neuro-végétatifs, à l'alcoolisme, au surmenage, à l'épuisement, aux traumatismes physiques, aux intoxications. Et il

ajoute : « A l'origine de ces psychoses réactionnelles ou psychogénétiques, on rencontre le plus souvent des causes multiples qui concourent à la production du tableau morbide. » Si nous sommes de l'avis de cet auteur quant « aux causes convergentes ou cumulatives », quant au rôle de l'hérédité névropathique, d'une constitution psychique anormale, d'une constitution dyscrinique, des traumatismes psychiques, nous nous arrêterons prudemment au seuil de la libidofixée à un stade infantil. Nous avons vu que le malade dont nous présentons l'observation est un émotif et un psychiasthénique, sexuellement maladroit, affectivement désenchanté, et nous n'oserions pas, même par étapes successives, lui parler de ces choses-là. Peut-être est-ce de cela qu'il souffre, mais nous doutons fort que la prise de conscience de ce qui serait un état inconscient puisse le soulager; il ne comprendrait sans doute rien à cette affaire et il pourrait bien s'en tourmenter davantage.

Nous avions intitulé ce chapitre : « Discussion nosologique » et non pas « discussion nosographique »; notre intention en effet n'est pas de situer la place des psychoses réactionnelles au sein des conceptions nosographiques soit françaises, soit allemandes, mais d'étudier les divers facteurs morbides qui peuvent apparaître et que nous avons constatés dans la causalité d'une psychose réactionnelle. Aussi ne discuterons-nous pas le mémoire de *M. Pfersdorff* du 29 octobre 1938 sur « Les psychoses provoquées par le danger de la guerre ». Cet auteur, en effet, discute de l'intégration des psychoses réactionnelles soit dans

la psychose maniaque dépressive, soit dans la schizophrénie, soit dans ce qu'il a appelé « les états périodiques de la schizophrénie «, ou les « dépressions de la schizophrénie ». Si des deux grandes entités nosographiques des auteurs de langue allemande il existe visiblement des manifestations cliniques mixtes ou communes, les seules choses à peu près positives qui en aient été établies, c'est que l'une est périodique et l'autre progressive. Nous n'oserions pas troubler les deux seules clartés que nous en ayons. Notons d'ailleurs que *Bleuler* a toujours parlé du « groupe des schizophrénies », et déclaré formellement qu'il rangeait dans la schizophrénie « des psychoses très diverses ». Il apparaît donc que la simplicité veut, en attendant que nous ayons, par voie biologique, établi les individualités pathologiques des différentes affections que ces groupes encerclent, que nous étudions les facteurs appréciables de chaque cas clinique, plutôt que d'introduire ce cas, bon gré, mal gré, dans une conception théorique générale. C'est à cette étude des causes particulières que nous désirons nous tenir, en dehors de toute construction. Aussi revenons-nous à notre malade et constatons-nous que la plupart des psychiatres ont insisté sur la notion de terrain et de prédisposition personnelle, évidente dans le cas présent. L'état constitutionnel de réceptivité morbide et d'hyperémotivité de *M. Claude,* le terrain psychasthénique signalé par *M. Laignel-Lavastine* existent à la fois chez notre malade. Peut-être pouvons-nous attacher une certaine importance à la « sommation des antécédents pathologiques » dont parle *M. Claude,*

chez ce sujet dont la course vers l'accident psychopathique a pu être accélérée par les traumatismes psychologiques divers qu'il a ressentis, en particulier au cours de son service militaire normal et surtout du fait de son désenchantement matrimonial. On perçoit en effet qu'il est balloté passivement entre son affection pour sa femme et sa déception profonde que son ménage n'aille pas ainsi qu'il l'aurait idéalement espéré. On peut voir là une accélération de l'hyperémotivité, une mise au carré de l'angoisse permanente de ce psychasthénique, de son insécurité intérieure. Il s'agit là d'un véritable renforcement de sa constitution psychasthénique en retour aux chocs extérieurs.

Quelle a été la cause psychologique secondaire, la goutte d'eau qui a fait déborder cette urne déjà bouillante et trop pleine d'émotivité?

Ce n'est pas la peur d'être tué. C'est la peur d'être pris pour un lâche parce qu'il était affecté à l'arrière, à l'entreprise paternelle. En septembre 1939, un sentiment d'indignité partielle, ou d'indignation devant leur inaction, a secoué un grand nombre d'hommes sans affectation ou non mobilisés, blessés dans leur sentiment du devoir. Mais il est évident qu'en dehors de tout terrain psychopathique, ceux qui ont pu éprouver un tel sentiment se sont résignés à attendre les décisions de l'autorité militaire, sans présenter de troubles. Ce sentiment par lui-même ne pouvait nullement impliquer la terreur et on ne saurait envisager à sa suite une tupeur psychogénétique.

L'événement extérieur a fourni le thème du délire

sous-jacent, l'a révélé et l'a coloré, selon l'opinion de *M. Lévy-Valensi.*

Il a donc fallu encore, comme nous l'avons dit, un troisième facteur qui, lui, fût capable de déclencher un état de stupeur profonde.

Remarquons que *Régis* disait, en 1909 : « La constitution émotive est due à un trouble de la nutrition diasthésique, une intoxication ou une infection héréditaire. » Somme toute il s'agirait d'une constitution seconde qui peut être acquise.

Adolphe Courtois répondait à l'enquête de la *Vie Médicale* du 10 mai 1933 : « Les événements extérieurs agissent comme cause provocatrice, mais agissent sur un cerveau fragile et prédisposé *souvent chez des individus tarés mentalement et physiquement.* »

M. Claude insiste sur la valeur du surmenage et des états d'intoxication. *Brousseau* signale le rôle important qu'ont eu dans les peurs aux armées les eaux-de-vie de mauvaise qualité largement distribuées. Dans son *Traité de Neurologie de guerre, Sollier* insiste sur le rôle de la fatigue physique, du surmenage physique et moral, de l'insomnie, de l'amaigrissement dans les états de peur asthénique.

M. Urechia fait intervenir les mêmes causes adjuvantes, en particulier les intoxications, et aussi les troubles endocriniens.

Mme Imenitoff-Ourisson signale l'existence « d'états intestinaux défectueux », de vomissements, d'inanition progressive, d'insomnies, de céphalées, d'aménorrhée, d'amaigrissement, « d'état saburral des voies digestives », très fréquemment de refus

d'aliments. Elle conclut à la nécessité, pour qu'une émotion puisse faire naître des troubles mentaux graves, d'un terrain de déséquilibre et d'autre part d'un état physique avec troubles de la nutrition, intoxication, infection, ou défaillance physiologique.

Chez notre malade, nous avons décrit son état d'intoxication avec gros foie et stase colique à prédominance droite, nous avons insisté sur sa constipation ancienne avec débâcles diarrhéiques et sur le caractère aigu de la stase au moment de l'entrée, avec léger météorisme transitoire à droite. Cet état s'accompagnait de refus d'aliments, de dénutrition et d'hyperurémie. Ainsi s'il y a eu un terrain psychiasthénique et émotif créant une prédisposition psychopathique, s'il y a eu des événements sociaux qui ont eu un rôle de déclenchement et de coloration du thème délirant, il y a eu un état physique progressif et subaigu qui a fourni le caractère clinique : la stupeur.

***

La notion de « psychose réactionnelle » reste entière : il s'agit de troubles psychopathiques qui suivent dans le temps les grandes perturbations sociales, quelles que soient ces perturbations, quel que soit le danger réel qu'elles comportent. Le fait social n'a qu'une valeur de déclenchement occasionnel, de coloration du thème délirant.

Mais si ces psychoses exigent pour éclater un terrain d'hyperémotivité, de réceptivité spéciale, de déséquilibre affectif, il importe de rechercher et de traiter le troisième facteur qui existe généralement et qui est entièrement physique. Il s'agit d'un état de déficience

organique qui diminue la résistance volontaire du malade. Si l'on trouve en cause les états les plus divers, en particulier l'alcoolisme, souvent le dysfonctionnement ovarien, l'hyperthyroïde, le plus souvent peut-être, et en tout cas nettement pour l'observation que nous rapportons, il s'agit d'un état d'auto-intoxication hépato-intestinal.

Ce sont de tels troubles qu'il faut rechercher méthodiquement à l'examen d'une psychose réactionnelle, puisque ce sont ces troubles physiques que l'on traitera le plus efficacement, puisque l'expérience montre qu'il y a un parallélisme entre l'évolution de l'état physique et de l'état mental, et puisque, comme l'a dit *Bouchard :* « Tous les aliénés sont constipés et « les aliénistes s'efforcent surtout de lutter contre la « constipation. Je ne dis pas, bien entendu, que les « troubles psychiques soient causés par la constipa- « tion; je dis seulement qu'ils sont, dans une certaine « mesure, exagérés par elle. Je dis que le système « nerveux est entretenu en mauvaise disposition par « la constipation, et qu'on rend un service aux mala- « des atteints de troubles généraux lorsqu'on fait dis- « paraître, en même temps que la constipation, la « mauvaise disposition du système nerveux. »

CONCLUSIONS

1° Si les réactions à la suite des émotions sont en fonction de la psychologie fondamentale du sujet normal elles sont caractéristiques essentiellement et normalement par la rapidité instantanée de leur apparition, par leur possibilité d'expression motrice et verbale après un étonnement qui est toujours très court, et par leur courte durée.

2° L'émotion survenant chez un individu qui, dans sa psychologie, est déjà un malade, perd ou transforme les caractères de l'émotion normale. La réaction est souvent retardée, l'expression motrice et discursive est souvent supprimée, toujours l'étonnement est remplacé par une inhibition qui persiste anormalement et parfois de longue durée.

3° Les causes de cette transformation et de cette fixation de la réaction émotive doivent être cherchées d'abord dans un état psychologique morbide. C'est

sur ce point que la plupart des auteurs ont insisté en décrivant les psychoses réactionnelles. Les malades qui présentent de tels troubles sont des déséquilibrés constitutionnels, émotifs, qui ont subi dans leur passé psychologique, des traumatismes affectifs. Souvent ils sont des anxieux et des psychasthéniques. Parfois ils ont présenté antérieurement des épisodes de dépression, de manie ou de confusion mentale.

En outre, il est fréquent de trouver dans leurs antécédents des états de déséquilibre physique : maladie de Basedow, déséquilibre vago-sympathique, ainsi que les marques d'une émotivité psychologique et physiologique anormale (sans oublier les éléments de prédisposition héréditaire).

4° Mais si l'on découvre dans ces états, d'une part un fait social créateur d'inquiétudes, d'autre part une prédisposition émotive individuelle qui fait que le retentissement de l'événement extérieur est pathologiquement exagéré, il a existé en outre généralement un troisième facteur maladif, à caractère subaigu, qui a agi sur le malade dans les semaines qui ont précédé le choc émotif. C'est parfois le surmenage, parfois une maladie infectieuse, parfois une grossesse, parfois l'alcoolisme. Plus fréquent cependant que ces divers facteurs, il en est un que l'on trouve dans les psychoses réactionnelles et qui est particulièrement saillant dans l'observation que nous rapportons : c'est un état d'auto-intoxication avec stase intestinale, à prédominance cœcale, avec gros foie et trouble des émonctoires.

5° Ainsi il apparaît que pour qu'il existe une psychose réactionnelle, il faut, d'une part, une perturbation émotive; d'autre part, une fragilité émotive, mais aussi un état de déficience organique précédant ou coïncidant avec le traumatisme moral.

Vu : *le Président de la thèse,*
Laignel-Lavastine.

Vu : le Doyen,
Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

BELHOMME. — L'influence des événements sur la folie. Acad. de Méd., 2 mai 1848.

BENON. — Les maladies mentales nerveuses et les maladies mentales de la guerre. *Rev. Neurol.*, 1916.

BINET. — Nature des émotions. *Jour. de Psychol.*, mai 1911.

BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris, Savy, édit., 1887.

BRIAND. — Les obsédés sur les champs de bataille. So. Méd. Légale, 12 avril 1915.

BROUSSEAU (Albert). — Essai sur la peur aux armées. Paris, Alcan, 1920.

CLAUDE (Henri). — Troubles psychopathiques émotionnels. *Encéphale*, 1927, page 130.

— Réponse à l'enquête sur les psychopathiques et l'inquiétude sociale. *Vie Médicale*, mai 1933.

— *Revue Neurologique* 1909, page 1563.

CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de guerre. *Paris Médical,* 2 septembre 1916.

CLAUDE, SIVADON et FORTINEAU. — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité. *Ann. Méd. psychol.,* juillet 1936.

DUMAS (Georges). — Troubles nerveux et mentaux de guerre. Alcan, 1919.

DUPRE. — Les déséquilibrés constitutionnels du système nerveux. *Paris Méd.,* 11 janvier 1919.

IMENITOFF-OURISSON (Mme S.). — Contribution à l'étude du rôle des émotions dans la Genèse des Psychoses. Thèse, Paris 1917.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Syndrome psychasthénique révélé par émotion de guerre. *Soc. Méd. psych.,* 26 mars 1917.

— Psychasthénie acquise. *Soc. Méd. Psych.,* 30 juillet 1917.

— Cours de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale. Novembre 1939.

LEVY-VALENSI. — Réponse à l'enquête... *Vie Médicale,* mai 1933.

— L'actualité et les psychoses. *L'Avenir Médical,* janvier 1935.

— Les Psychoses Réactionnelles. *Concours Médical,* 3 janvier 1937.

MAGNAN et BOUCHEREAU. — Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au Bureau d'admission. *Ann. Méd. Psychol.,* 1872.

MALET. — Expertises Mentales dans un centre d'armée. *Ann. Méd. Psych.*, 1919.

MARCHAND. — Recherches expérimentales sur les émotions. *Rev. de Psychiatrie*, avril 1903.

PASCAL et DESCHAMPS. — Psychose de sensibilisation. *Ann. Méd. Psych.*, avril 1931.

PFERSDORFF. — Les Psychoses provoquées par le danger de la Guerre. *Bull. Soc. Méd. de Strasbourg*, 29 octobre 1938.

REDALIE. — La notion de réaction en psychiatrie. *Arch. suisse de Neurol. et Psych.*, 1929.

REGIS. — Troubles psychiques et neuro-psychiques de Guerre. *Press. Méd.*, mai 1915. *Revue de Neurologie*, 1909. Rapports et discussions sur le rôle de l'émotion dans la Genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.

RIBOT. — Problèmes de psychologie affective.

Rogues de FURSAC. — Un cas d'émotivité morbide chez un militaire. *Soc. de Neurol.*, juillet 1915.

SEGLAS et BARAT. — L'émotion dans les maladies mentales. *Journ. de Psychol.*, mars-avril 1913.

SEGLAS et COLLIN. — Emotion choc. Psychose confusionnelle. *Press. Méd.*, janv. 1911.

SOLLIER. — Mécanisme des Emotions. Alcan 1905.

— Traité clinique de Neurologie de Guerre. Alcan 1918, page 765.

SOURY. — Théorie des émotions. *Ann. Méd. Psychol.*, octobre 1897.

URECHIA. — Psychoses réactionnelles. *Encéphale*, sept.-oct. 1931.

VIE. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés. *Ann. Méd. Psych.*, 1936.

— A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. Congrès Internat. d'Hygiène mentale, 1937.